Savoir et croyances à l'œuvre dans la guérison

Envisager la question de la guérison aujourd'hui, à partir de ces deux termes de savoir et de croyances, peut donner l'impression qu'une partition sera facile à établir : d'un côté la biomédecine, dont le développement des savoirs depuis un demi-siècle a fait croître l'efficacité d'une manière incomparable avec ce qu'elle savait faire auparavant, la rendant capable de guérir de nombreuses maladies constamment mortelles jusqu'à une date récente; de l'autre, le développement de démarches alternatives, dont le fondement se trouve soit dans des références spirituelles comme dans la prière de guérison, soit dans des références naturelles et écologiques comme dans toutes les thérapies évoquant la fonction bienfaisante de l'énergie : ici, il semble bien que la croyance puisse être identifiée comme le ressort de l'action bienfaisante du thérapeute, sans qu'aucun savoir fiable ne puisse être reconnu dans ces pratiques.

Une telle distinction a le mérite d'être simple. Elle peut donner l'illusion d'avoir trouvé un modèle de compréhension de la situation contemporaine, même si elle peine à en rendre véritablement compte. Comment en effet comprendre qu'au moment même où la médecine remporte des victoires inespérées, au moment même où elle est capable de guérir comme elle ne l'a jamais été, ces progrès n'entraînent pas en Occident la disparition de pratiques thérapeutiques non médicales, mais au contraire leur développement ? En tous cas un développement concomitant aux victoires en question, même s'il est un peu tôt pour établir entre les deux phénomènes un lien de causalité.

Savoir et croyance sont toujours à l'œuvre dans la maladie

Avant d'aborder le champ spécifique du rapport à la guérison et des causes que l'on peut lui reconnaître dans le registre du savoir et dans celui du croire, il faut d'abord dresser le contexte plus large de cette problématique, en mettant en valeur le fait que la relation entre savoir et croire est en jeu dès que l'on entre dans l'expérience de la maladie. En effet, lorsque l'être humain est malade, ou confronté à la maladie d'un proche, l'articulation entre savoir et croire va se jouer en lui de manière très complexe.

Ce n'est pas parce que l'on a reçu une information scientifique, et qu'on l'a comprise, que l'on y croit, c'est-à-dire que l'on y adhère. On peut avoir écouté, et continuer à penser de toutes ses forces que ce n'est pas vrai, en contradiction avec les signes les plus évidents. On peut, à l'inverse, croire que l'on est malade, en être convaincu, en contradiction avec les informations les plus claires prouvant le contraire.

2010 n° 18

Il arrive aussi, en particulier dans les situations où un diagnostic très grave est évoqué de manière très brutale alors que rien ne le faisait pressentir, que l'on se refuse autant à savoir qu'à croire. On peut aussi articuler positivement des connaissances apprises, reçues de personnes compétentes avec une confiance qui est de l'ordre du croire. Ce n'est pas parce qu'un médecin vous apporte des informations exactes que vous avez forcément envie de lui confier votre enfant pour une intervention chirurgicale.

Savoir est un processus cognitif permettant d'accéder à une information, de la classer, d'en faire une analyse afin de pouvoir s'en servir en vue d'agir. Croire est un autre processus, bien plus complexe qui permet à chacun d'adhérer en confiance à une perspective et lui attribue du sens[1].

Dans l'exercice quotidien de la médecine, et, en particulier, dans la prise en charge de pathologies lourdes, il est nécessaire, pour respecter les malades et leur permettre d'élaborer leur propre articulation entre savoir et croire, de leur donner la possibilité de ne pas affronter brutalement ce qu'ils savent, parce qu'ils n'en sont pas encore capables.

En éthique médicale, on sait bien que l'information du patient peut relever d'une attitude qui manque singulièrement de respect de l'autre si l'on se contente de lui faire savoir, de lui transmettre des données, sans tenir compte de sa capacité à adhérer à ce qui lui est dit. Lorsqu'il s'agit de notre propre corps, de notre propre vie ou de celle de nos proches, la connaissance de la vérité, la réception d'informations scientifiques exactes ne suffit pas à emporter l'adhésion. Nous pouvons savoir qu'il va mourir, il nous reste encore à y croire.

Respecter la personne malade, c'est lui permettre de faire des va-et-vient entre savoir, croire, droit de savoir ou de ne pas savoir, droit de croire ou de ne pas croire[2].

Dans une perspective purement médicale, on peut souligner la description du syndrome

1. A. de Broca, « Tensions entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie », *Éthique et Santé*, 2004, 1, p. 42-44.
2. *Idem.*

d'Alexandrine, qui est un épisode psychotique passager observé chez des malades en fin de vie et que l'on interprète comme une défaillance des défenses psychiques devant l'angoisse de la mort.

Pour les soignants d'unités de soins palliatifs, il est crucial de ne pas marquer trop de volontarisme à trop parler de la mort! Car même si le malade peut parler volontiers lui-même de sa mort et de ses questionnements, nul ne sait s'il supportera longtemps cette confrontation et si ses défenses psychiques seront suffisamment solides pour contenir l'envahissement de l'angoisse de mort[3].

Il nous faut maintenant compliquer un peu le tableau car, pour le moment, le savoir a été envisagé comme relevant de la réception d'une information de type scientifique apportée par un médecin ou quelqu'un de compétent. Mais dans la maladie, en particulier la maladie chronique, on ne peut faire l'impasse sur une autre source de savoir qui est l'expérience personnelle du patient. Son expérience – et aujourd'hui celles de patients atteints de la même maladie que lui et dont il a pu trouver des témoignages sur Internet – lui apparaît comme la source d'une compétence qui rivalise de validité avec celle des scientifiques.

Vous pouvez toujours essayer d'informer un vieux rhumatisant sur le fait qu'aucune étude scientifique n'a prouvé une influence du temps froid et humide sur la survenue et l'accroissement de douleurs rhumatismales, il ne vous croira généralement pas, en s'appuyant sur sa propre expérience, qui lui apparaît comme son propre savoir qui le convainc du contraire. Ici, on voit bien que ce n'est pas une opposition entre savoir et croire qui placerait le médecin du côté du savoir et l'empirisme du côté du croire. L'expérience apparaît comme source de savoir, et c'est au nom de ce savoir que le malade va croire ou non ce que lui dit la science[4].

Le dépassement des frontières

Ayant reconnu que le savoir ne peut être attribué de manière unilatérale au médecin, il nous faut maintenant explorer la place du croire. N'y a-t-il pas là un critère permettant de distinguer clairement les pratiques médicales des autres pratiques thérapeutiques, religieuses ou non? Ici encore, les choses ne sont pas si simples.

Place des croyances en médecine

Si la médecine revendique la fondation de son discours dans une méthodologie scientifique qui la protège de la subjectivité, il lui faut pourtant reconnaître qu'une part non négligeable de son exercice repose sur des démarches qui sont de l'ordre de l'acte de foi. Un bon exemple de cette démarche peut être trouvé dans l'autorité considérable reconnue aujourd'hui à l'imagerie médicale. Pas d'argument apparemment plus indiscutable que l'image qui apparaît à l'écran et qui est identifiée par le médecin comme la cause des symptômes; de même que l'absence d'image suspecte permet au médecin de déclarer à son patient qu'«il n'a rien», sans trop se demander si la demande du patient n'est pas motivée par le fait qu'il y a quand même quelque chose, bien que «ce qu'il y a» ne se voie pas à l'écran.

La lecture de textes définissant la maladie et provenant de différentes époques de l'histoire de la médecine a pu susciter notre étonnement dans le cadre d'un séminaire récent: d'Hippocrate à Claude Bernard et aux médecins d'aujourd'hui, chaque auteur élaborait une théorie nouvelle de la maladie, en affirmant que celle-ci reposait sur des faits évidents, sur l'observation de la «réalité».

Il est *évident* pour Hippocrate que les humeurs se déplacent et que les vents exercent des pressions internes sur le corps humain, de même qu'il est *évident* pour un cancérologue que ce cancer est à un stade inopérable alors que cette autre tumeur ne doit pas être considérée comme annonciatrice d'une fin prochaine. Le médecin voit des évidences, comme le croyant reconnaît les traces indiscutables du créateur dans la nature, ou des signes évidents de la volonté de Dieu dans sa vie[5].

Pour qu'un processus thérapeutique soit engagé et suivi dans la durée, parfois jusqu'à la guérison, il est nécessaire que le patient et le médecin y croient. L'attention portée à la démarche scientifique en médecine, le rappel inlassable que la médecine n'a pu faire des progrès que parce que, avec Hippocrate, elle a opéré une rupture avec le registre du sacré, empêchent de prendre conscience de cette présence du croire dans l'exercice médical. Le médecin, dans son rapport aux thérapeutiques qu'il utilise, est pourtant souvent dans une attitude plus proche du croire que du savoir. Qui de nous n'a entendu un jour son médecin dire: «Ce médicament là, je n'y crois pas»?

À l'inverse, on peut penser à la prescription fidèle par de nombreux médecins de médicaments dé-remboursés parce qu'ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, levures

3. J.-M. Gomas, «Le syndrome d'Alexandrine, une nouvelle entité sémiologique qui concerne 2 % des malades en phase palliative», *Médecine palliative*, vol. 8, 2009/3, p. 146-147.

4. D. Badcott, «The expert patient: Valid recognition or false hope?», *Medicine, Health Care Philosophy*, 2005, 8, p. 173–178.

5. S. J. Vellenga, «Longing for Health. A Practice of Religious Healing and Biomedicine Compared», *Journal of Religion and Health*, 2008, 47, p. 326–337.

intestinales et autres fluidifiants bronchiques. Rien n'est prouvé, mais ils y croient : ce ne sont pas seulement leurs patients qui y croient et réclament ces produits.

Dire que le patient aussi croit, et a besoin de croire, n'est pas une manière de stigmatiser sa naïveté. Tous les discours sur l'autonomie, sur la libre décision du patient, se refusent à prendre en compte la vulnérabilité et l'angoisse qui constituent pourtant l'essentiel de l'expérience du malade, en particulier dans le cas de maladie grave. Être invité à prendre seul les décisions ultimes peut être vécu non comme une forme de respect de la personne, mais comme un accroissement de la détresse et de la solitude.

Plus que le droit de savoir, prévaut le besoin de pouvoir faire confiance, d'atténuer le sentiment de vulnérabilité et d'être assuré de la qualité globale d'une intervention[6].

Vulnérable, confronté brutalement à la finitude ultime que constitue la mort, à la forme la plus radicale de menace qu'il puisse ressentir, l'être humain éprouve le besoin de faire confiance. Parler alors de «prise en charge», selon le vocabulaire hospitalier classique, ne doit pas être regardé systématiquement comme la ratification d'une régression inacceptable.

Terrassé par la maladie, qui réduit considérablement non seulement ses capacités d'action, mais également ses capacités de réaction, son désir de vivre, le patient ne trouve pas toujours en lui-même les ressources nécessaires pour faire face à sa maladie, il éprouve le besoin de croire, de faire confiance, de s'en remettre, au moins temporairement, aux mains d'un autre pour sa vie et son corps. L'anesthésie générale est paradigmatique de cette situation.

Il faut donc bien «y croire», aussi bien du côté du patient que du médecin : voilà qui nous conduit à envisager leur relation d'une autre manière que celle d'un jeu de pouvoir, au sens d'autorité, voire d'oppression, ou de savoir. Il faut y croire, il faut croire l'un en l'autre, et c'est là une limite des discours insistant de manière unilatérale sur l'autonomie, sur la décision de l'homme moderne faisant référence à son propre jugement de manière solitaire, comme chez Taylor.

Place du savoir dans les pratiques non-médicales

Bien souvent, cette distinction entre croire et savoir permet de faire la différence entre la médecine et ce qui n'est pas elle[7] : ce qui est médical est du côté du savoir et de la démarche rationnelle, ce qui ne l'est pas est le fruit de démarches intuitives, reposant sur la confiance, voire sur la manipulation. Nous venons de constater que le croire a sa place dans la pratique médicale : ne pouvons-nous pas reconnaître réciproquement la part de rationalité que l'on peut discerner dans de nombreuses démarches thérapeutiques non-médicales ?

Il nous faut pour cela reconnaître la possibilité d'une rationalité qui ne soit pas scientifique ou pas uniquement scientifique. Le corps humain, l'existence humaine peuvent faire l'objet d'une approche par d'autres voies que celles de l'anatomophysiologie ou de l'imagerie médicale sans pour autant être dépourvues de rationalité.

Elles ne sont pas d'ordre scientifique, car elles ne reposent pas sur des résultats mesurables issus d'expériences au protocole vérifiable, reproductible et éventuellement réfutable; mais elles sont cependant rationnelles, car elles sont exprimées à travers des discours porteurs d'une cohérence interne, car ils ne sont pas de l'ordre du délire, ils peuvent faire l'objet de questions, de discussion, et d'une cohérence externe, car ils sont situés dans une anthropologie et une cosmologie, à la façon dont le discours médical est situé dans un cadre anatomique, physiologique et éthique.

Les pratiques thérapeutiques non-médicales observables en Europe sont assez rationnelles pour pouvoir emprunter une bonne part de leur vocabulaire, de leur discours et même de leur méthode à la médecine. Les médecins accusent les ostéopathes de n'avoir que des idées vagues sur l'anatomie alors que ceux-ci l'étudient dans les salles de dissection des facultés de médecine; les prédicateurs charismatiques se méfient ouvertement de la psychanalyse, mais diffusent généreusement une sorte de vulgate freudienne en ratifiant l'idée que les souffrances psychiques trouvent leur origine dans la petite enfance et dans la relation entre l'enfant et ses parents.

Et l'on peut constater ces interpénétrations dans les pratiques apparemment les plus éloignées de la rationalité scientifique; lorsqu'on tente d'acclimater en Europe des thérapeutiques venant de loin, il est fréquent de voir combien leurs prosélytes déploient d'efforts pour les rendre acceptables dans notre culture malgré leur exotisme. Physique quantique et ouverture des chakras se trouvent alors mêlés

6. E. Hirsch, «Quand le droit à l'information glisse vers la démagogie... », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, 2003, 14, p. 12.

7. Voir, par exemple, le débat entre Malcom Parker : «Two into One Won't Go : Conceptual, Clinical, Ethical and Legal Impedimenta to the Convergence of CAM and Orthodox Medicine. », *Bioethical Inquiry*, 2007, 4, p. 7-19, et Monika Clark-Grill, «Questionable Gate-keeping : Scientific Evidence for Complementary and Alternative Medicines (CAM) : Response to Malcolm Parker», *Bioethical Inquiry*, 2007, 4, p. 21-28.

dans une argumentation difficile à situer épistémologiquement. Lors de la table ronde interreligieuse organisée par un récent congrès médical, le moine tibétain parlait de l'impermanence des choses en soulignant que c'était là «l'enseignement du Bouddha et d'Einstein»...

Savoir et croire ne peuvent servir de fondement à une distinction entre l'agir médical et les pratiques non médicales. Savoir et croire sont à l'œuvre dès qu'un être humain souffrant s'adresse à quelqu'un pour que sa quête de guérison ou de soulagement soit accueillie.

Quel rapport avec la théologie?

On peut se demander pourquoi le propos tenu jusqu'ici est celui d'un théologien, en quoi ces questions épistémologiques ont quelque chose à voir avec la théologie? La relation avec la théologie n'est pas à chercher uniquement dans les questions que pose le développement de pratiques thérapeutiques d'ordre spirituel, comme c'est le cas dans le Renouveau charismatique. La question de la guérison est en effet toujours en résonnance avec des questions d'ordre religieux, non seulement à cause de la place essentielle qu'y tient la capacité à croire, mais surtout parce que réfléchir à la guérison, c'est se tenir au plus près de questions existentielles majeures (la mort, la souffrance, le sens de l'existence, la finitude).

Bien que la médecine rappelle souvent, et à juste raison, que son développement a été permis par sa rupture avec les pratiques d'ordre sacré, et ce depuis Hippocrate, il lui faut cependant admettre qu'elle ne peut être pratiquée sans reconnaître les relations complexes qu'elle entretient avec le religieux.

They are not only hardworking and expert professionals, but also messengers of hope with regard to matters of life and death. In fact their work has a, in Byron Good's terminology, soteriological aspect. Doctors are not merely technicians repairing a machine, but at the same time, bringers of salvation[8].

Le conseil national de l'Ordre des médecins affirmait, il y a quelques années: «Parce qu'il est plus facile de croire que de savoir, essayons simplement d'être de bons médecins, humanistes et généreux, et laissons les dieux à la porte de nos cabinets[9].» Afficher de cette manière une laïcité radicale de l'exercice médical, c'est tout autant porter un déni sur ce qui peut constituer une part non négligeable de l'expérience vécue par les malades que se refuser à reconnaître que bien souvent le dieu n'est pas «à la porte du cabinet» mais en son sein. Le médecin peut développer des attitudes de l'ordre du rêve de toute puissance; il peut être aussi considéré par son patient comme une sorte de divinité, du fait qu'il exerce un pouvoir sur la vie, la mort, la fécondité, la souffrance... Tout à la fois «technicien réparateur» et «messager du salut».

Religieux et scientifique ne se distinguent pas par leur usage du savoir et du croire, mais par leur manière d'aborder la maladie. Nous ne pouvons que revenir à ce qu'affirmait François Laplantine à propos des médecines populaires :

«Il existe une spécificité fonctionnelle des médecines qualifiées de populaires. Elles opèrent un déplacement presque toujours systématique des interprétations et des réinterprétations portant sur les causes et les processus proprement dits de la maladie et de la guérison (comment suis-je tombé malade et comment va-t-on me guérir?) vers les raisons ultimes invoquées (pourquoi suis-je malade?). Elles fournissent une interprétation totalisante et religieuse du social qui permet de saisir sous son plus fort grossissement la relation étroite de la santé et du salut, de la maladie et du sacré ou plus précisément de la maladie et de cette forme d'expression du social qu'est le religieux. Bref, elles agissent comme un révélateur là où la médecine officielle a plutôt une fonction d'occultation[10].»

Il n'y a donc pas opposition épistémologique, car il y a distinction des fonctions; savoir et croire sont à l'œuvre dans toutes les formes de démarches thérapeutiques, mais cela ne doit pas entraîner d'indifférenciation entre celles-ci. Leur complémentarité a tout à gagner du respect du champ propre d'élaboration et d'intervention de chacune d'elles. ■

Jean-Marie GUEULLETTE, o.p.,
Faculté de Théologie,
Centre Interdisciplinaire d'Éthique

2010
n° 18

8. «Ils ne sont pas seulement des professionnels, grands travailleurs et experts, mais aussi des messagers de l'espoir au sujet de la vie et de la mort. En effet, leur travail a un aspect sotériologique, dans la terminologie de B. Good. Les médecins ne sont pas seulement des techniciens qui réparent une machine, mais en même temps des porteurs de salut.» S. J. Vellenga, «Longing for Health. A Practice of Religious Healing and Biomedicine Compared», *Journal of Religion and Health*, 2008, 47, p. 326-337, p. 335.

9. X. Deau (dir.), «Pratique médicale et identité culturelle», *Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005*, p. 32.

10. F. Laplantine, «La Maladie, la guérison et le sacré», *Archives de Sciences Sociales des Religions*, année 1982, vol. 54, n° 1, p. 63-76, citation p. 64.